

# 現代の死における医療と 宗教の共同管理のあり方を考える

——仏教的ケアは、いかにして行われるのか——

福 永 憲 子

## 【抄録】

今日、終末期医療を中心とした仏教におけるケア論は、その意義から進めて、展開や活用についての方法論にまで成熟してきたといえる。仏教的ケアの議論では、仏教者と資格化、あるいは宗教とケアといった論調で取り上げられることが多く、これらの議論においては、社会学的評価としては活発であるといえず、宗教とケアという領域において有用性を検討されているに多くとどまっている。

本稿では、医療における宗教と医療の共同管理のあり方を発展的方法論として探る上で、宗教的ケア議論へ至る研究と実践を回顧し、その論点を整理した上で、資格化への残る課題と、台湾・慈済宗におけるケアを参照し、宗教的ケアは誰のものかという点について検討を加えた。その過程においては、医療界が宗教者に期待するものと、宗教者を取り巻く状況の違いが明らかとなった。結論として、資格化前提においては職域の明確化と位置づけが最大課題であることに言及している。

キーワード：ケアの共同管理、死の専門職空位、臨床宗教師、信徒によるケア、ケア動機の源泉

## はじめに

本稿では、宗教的（仏教的）ケアのこれまでの検討から、今後における医療と宗教が共同管理するケアの可能性を提示することを主旨として各章論じている。

日本の医療機関において、仏教の思想に基づいて行われるケアが注目されたのは1992年に開設された新潟県の長岡西病院内のビハーラ病棟（緩和ケア病棟）である。2008年には、宗教団体が単独で病院経営を行った初例として、京都府城陽市にある終末期・緩和ケアを提供するあそかビハーラクリニック（現、あそかビハーラ病院）が開設されている。両者での仏教的ケアの提供は、患者の臨終期の安寧はもちろん、ケア方法に関し、これまで多方面で検討され、終末期医療の患者における‘心のケア’に仏教を活用するという視点を医療界に与えるという貢献をしている。その結果、学際的に仏教的ケアのあり方や、僧侶（宗教者）の恒常的活用の検討まで議論は拡大し、その資格化や医療との協働参画等、今日までに仏教的ケアの議論として多大に寄与し

ている。両者の実践活動をもとに、本稿においては僧侶の臨床活用において、医療側が期待する宗教者（僧侶）像と、宗教者（僧侶）を取り巻く動向の相違について言及し、その課題を提示している。

さらに、宗教的（仏教的）ケアを再検討する上で「宗教的ケアを提供するのは誰か」という新たな視点を提案している。宗教的ケアの担い手としての想定は、仏教的ケアを牽引してきた長岡西病院から今日まで一貫して「宗教者（仏教者）」限定で提供されてきており、同じく聴聞を受けている信徒による活用は議論の途にも及ばない現状にある。世論において、信徒の活用を行うことは、世論において、より活発な宗教的ケア議論を呼び起こすこととなり、宗教的ケアの活性化にもつながることとなる。また一般の人が死生の際に立ち会うことは、人の死をほとんど経験することのない現代人の死生教育としても期待できるであろう。このような観点から宗教的ケアにおける信徒活用を検討課題として、活発に行っている台湾・慈済宗を取り上げた。日本の信徒の実践的活用の途においては、慈済宗を参照し、理論構築を行うための予備検討を本稿で行っている。その方法としては、台湾・慈済宗の信徒の援助行動の動機の源泉を丁寧に検証し、現代日本における明確な檀家意識のない「宗教的信徒」や、一般の人にも内包する活用への構想になるべきものが、本稿では少なからず提示できたと思っている。

## 1 仏教を主眼に置いたケアの先行研究と実践の回顧

現在、日本において仏教教団における社会貢献は様々な方面でなされており、その実践は‘ビハーラ<sup>(1)</sup>’という呼称とともに、宗教者主導により実践されている。ビハーラという呼称は、田宮仁が1985年に、ホスピスに代わる日本的な看取りの表現として「仏教を背景としたターミナルケア施設の呼称」として造語・提唱したものである。現在では、仏教の社会貢献（Engaged Buddhism）を形容したものを指し、広く仏教者の実践を指すものであることも多い。本稿では、ビハーラとしては、最狭義である「医療におけるケア」に限定して、これまでの仏教的ケアの臨床実践と研究の回顧を行っていく。

田宮が、日本的な看取りの構築として「仏教」を活用したケアの提唱を行ったのは、日本人の生活に根付いていた仏教的信仰生活を参照したものによる。1985年以降の日本的看取りの構築はビハーラという呼称をシンボルとして、主に仏教界における研究を先行として、実践活動が行われていった。以後、今日まで仏教的ケアは、実践の場を設けながらも、医療情勢や、人々の死生観の変化を鑑みながら、再検討が繰り返され、現代における日本的看取りの構築へ参与してきたのである。

仏教を主眼においたケア研究と実践においては、1985年から現在までを3期分類として整理して回顧を行う。

仏教的ケア 提唱期 1985～1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ビハーラという呼称 1985</li> <li>・ 「仏教とターミナルに関する研究」 1986</li> <li>・ 新潟県仏教者ビハーラの会 1986</li> <li>・ 本願寺派教団によるビハーラ実践活動研究会 1986</li> </ul>
仏教的ケア 自律的展開期 1990～2000 前半	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 長岡西病院ビハーラ病棟開設 1992</li> <li>・ 佛教大学仏教学科専攻科（ビハーラ看護コース） 1993</li> <li>・ ビハーラ花の里病院（広島県三次市） 1998</li> <li>・ 仏教看護・ビハーラ学会 2004</li> <li>・ 立正佼成会付属佼成病院ビハーラ病棟 2004</li> <li>・ あそかビハーラクリニック（現：あそかビハーラ病院） 2008</li> </ul>
仏教的ケア 複雑性・縮小期 2010～	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日本スピリチュアルケア学会 スピリチュアルケア師 2012</li> <li>・ 東北大 実践宗教学研究科寄付講座 臨床宗教師 2012</li> <li>・ 龍谷大学 実践真宗学研究科（上智大学グリーフケア研究所協力） 臨床宗教師 2014</li> <li>・ 公認心理士 2015（国会成立）</li> <li>・ 日本臨床宗教師会 認定制度 2016. 2</li> <li>・ 福岡聖恵病院ビハーラ病棟 2017</li> </ul>

### 仏教的ケアの三期分類

1985 年を期に分類した理由は、ビハーラという呼称によって、仏教における社会活動を田宮が明確にしたこと、これを機に、医療の場での活動が研究として表面的に議論される機会になったためである。すなわち、ビハーラという呼称は、仏教によるケアが表面化されたことが大きな功績であり、1985 年は仏教的ケアのシンボリックな年だと位置づけてもよい。

ビハーラに関し、大学として初めて組織的に研究を行ったのが、佛教大学の 1986 年の科研費研究<sup>(2)</sup>がある。また、伝統仏教の立場としても、本願寺派教団が社会情勢をくみ取り、先鞭をつけて検討研究を行ったのである。

これらの研究を受けて、日本で初めて仏教におけるケアを提供した長岡西病院ビハーラ病棟が開設に至ったのである。仏教がキリスト教によるホスピスと代わるケアを、概念から実践へと進展したこの時期を「仏教的ケア自律的展開期」に分類し、大きな可能性や裾野の広がりを期待した仏教独自のケアとして期待も大きかったと思われる。

長岡西病院における医療の臨床への展開では、佛教大学の科研費研究のメンバーである水谷幸正も関わっており、佛教大学による研究の貢献は高かったといえる。また佛教大学は、人材養成にも視座を広げ、大学としては初めて、佛教大学が臨床を意識したビハーラの養成課程<sup>(3)</sup>の設置を行った。大きな使命を受け、発展的に終えた養成課程であったが、そこでの多くの課題は、後の宗教的ケアを行うのは宗教者であるという潮流を残すものだったともいえる。長岡西病院以後、仏教看護ビハーラ学会の設立、ビハーラ花の里病院、本願寺派教団による組織的なあそかビハーラ病院、立正佼成会も続いて病棟開設をしていったのである。

次に現在までの3期であるが、展開されてきた日本的看取りの省察が行われ、仏教に拠りながらも、その方法論が絶えず修正されてきている。2002年には、WHOの健康の解釈<sup>(4)</sup>において「スピリチュアルは積極的に尊重されるべきケアである」と明言されている。日本では同時期、ターミナルケアを緩和ケアに呼称を転換し、より専門的に身体問題とともに、スピリチュアルな問題も、ケアとして重視する方向性になっていくのである。心のケアにおいては、専門職として、資格化しようという動きの中で、宗教者によるケアを公共性になじむよう修正した結果、仏教的要素は希釈され普遍化したケアの担い手を目指した。そのため、当初の日本的看取りとしての仏教から退行・縮小となったため、3期は「仏教的ケアの複雑性・縮小期」と分類を行った。以上が、先行研究と実践の回顧になる。

## 2 宗教的ケアとスピリチュアルケア議論

### 宗教的ケアとスピリチュアルケアは異質か同質か

スピリチュアルの意識語として使用される「魂」は、多くの日本人は、従来から持つ靈魂観、すなわち死後の形態として想起し、スピリチュアルケアを意識した魂のケアは生きている人に行うというよりも、死んで残る魂へのケアとしてイメージされるのではないだろうか。死後の魂は、葬送儀礼や追善供養を行ってケアするものであり、魂のケアを「生きている人が持つ欲求としてのケア」であるということが定着して理解されるのは難しいと思われる。

これらの心象のうちに、2000年代前半は病院における心のケアは、WHOによる批准によるスピリチュアルケアとして活発に日本でも表現され、宗教におけるケアもスピリチュアルケアと混同して理解される時期にあった。実際、医療系の学会等でも混同して発表されていたことが振り返ってみても散見している。医療の臨床は、伊田広行（2004）、伊藤高章（2005）、窪寺俊之（2008）、玄東和（2005）等が研究成果を発表し、スピリチュアルケアは興隆を極めていたが、医療者側は、患者からの死にまつわる発言を、明確な定義がないまま曖昧にスピリチュアルケアとして研究され、宗教者（仏教者）研究の側からは、田宮仁（2007）森田敬史（2010）らによって当時、あえて仏教的ケアという言葉を使用した研究がなされていた。

スピリチュアルケアを牧会的ケアと同義語で使用するキリスト教圏においては、整合性がみられたケアも現代日本と同様に、信仰の生活が形骸化し、公共圏から宗教を分離したライシテ志向にある。政教分離をすすめてきた現代日本においても、必然的に、宗教的ケアとスピリチュアルケアは同類性か異質性かという議論も登場してきたのである。‘死ぬのが怖い’という患者のケアは、宗教的ケアとスピリチュアルケアと分けてすべきか、という議論であるが、この論点である、そもそも分画できるものかどうかというところが定義を明確化できないところであろう。

現在では、宗教的ケアと区別し、宗教性を用いずクライアントのスピリチュアリティに寄り添うケアとして概念構築（窪寺 2004）、世俗化した現代社会では宗教とスピリチュアリティは区別

する必要がある（谷山洋三 2010）、宗教的次元を含まないスピリチュアルケアはどこまで有効か。（村田久行 2003）という議論が主流になるであろう。

そうした研究者のスピリチュアルケア議論を横目に医療界では、現在も多くの病院がそうであるように死の専門職が空位な状況で、主には看護師が個人の死生観の応用や、病院での看取りの重層的な経験に基づく応対によって担ってきているのである。

### 死の専門職空位からの検討

先日、元タレントの小林麻央さんがブログにおいて「たった5分の会話で私を前向きにしてくれた看護師さん」というタイトルで、ガンのステージ4の厳しい状況の中、看護師との会話で、わずかでしょうが「前を向くことができた」と述べていたが、多くの看護師が、魂の会話に応じる役割を担っていることを表している。しかし、患者の傍にすることが多いため、期待される看護師は‘生’の専門職であり「生きること」を援助するということの専門職でない。そして、自らのケアについて患者に寄り添っているのかどうか正解のないケアを行っている。そうした臨床の課題から、チャプレンが活躍する宗教的ケアに期待をし、要請を行ってきたのである。ここで、明確に言えるのは、患者側からの声によって、医療の臨床に、宗教家が強く要請されたのではない、ということである。

医療の動向を受け、死の危機や死の周辺にある患者の応対には、宗教者のみならず、多方面の心理関係資格の団体、カウンセリング団体等が検討し、認可資格を確立してきた。しかし、厚労省の資格軍団である医療者は、チームとして連携が可能な職種について、複数の心理関係職が病院に配置された場合、具体的には、心理士と宗教者が病院に配置されているのを想定すると、患者の発言をどちらの職種に振り分けるべきかという能力が必要となってくる。そもそも、科学的合理性と妥当性を、絶対的価値として採用する医療者は、死生のケアを誰と連携すべきなのかという問題である。患者の発言を、宗教の話、スピリチュアルな話と分画できる問題かという議論も明確に結論がでていないのであるが、そもそも、宗教者の養成課程を眺めてみても、医療者が宗教者への肥大化する期待に応えるだけの「死にゆく人の心理ケア専門家」に足り得るかという問題がある。このように医療における死生のケアは、スピリチュアルケア研究とはかけ離れた専門職不在という議論から立脚しているのである。

行為と評価は医療の基本であるが、評価にいたる過程においてはエビデンス（科学的合理性）が重要になってくる。そして誰がやっても同じ結果であるという再現性の保証として資格化された職種の再生産というものを行って、医療の品質を保持し信頼を得ているからこそ、専門職である。医療者側は、心のケア職種においても、同様のことを求めるのである。よって、これまで、大学院養成課程を経ているという一定の再現性ある教育体系があること、心理士としての EBM を確立していること、評価する言語を持つということで、心理主義化する医療の臨床において、臨床心理士の活用が細々と行われてきたのである。しかし、資格が厚労省資格ではなく、文科省

ということで省庁の壁により、義務設置に至らないということもあった。そこで、満を期して文科省と厚労省は共同して公認心理士を創設したのであるが、診断の枠組みに、死にゆく不安や孤独等の思いを入れることは、本来患者が望んでいたことであろうか。

### 3 「仏教性」を生かした臨床宗教師

#### 仏教の普遍化による仏教性を提供するケアとは

宗教的ケアの現在は1章で検討を行った3期分類の3期にあり、複雑性が高く特定宗教色を排除した「宗教性を生かした」普遍的なケアとして臨床宗教師が興隆している。なぜ宗教的ケアが複雑であるか加筆すると、公大学として初に東北大学が、社会における宗教者の活用を想定し、養成課程を創設した臨床宗教師の育成理念<sup>(5)</sup>にある。

宗教的ケアを、スピリチュアルケアとあえて明確に区別するならば、宗教的ケアは、前提として「宗教者であること」であり、宗教者が自身の基盤である宗教を留保した状態ではなく、担保にしたケアを行うことであるといえる。

創設した東北大学は、公立大学であるので、公共性のある病院に公共財として宗教的ケアを提供するには、公立の大学という装置をもって、宗教の普遍化を可能にしたということになる。しかし、そうなれば、必然的に宗教者は、広い宗教性を扱うために、超宗教にならざるを得ない。

宗教よりもスピリチュアリティに関心があるという現代においては、仏教についても、現代までに細分化されてきた宗派仏教を「釈迦の仏教」として極限まで普遍化することによって、仏教を公共活用しやすくなる。すなわち、臨床宗教師の扱う仏教は、釈迦を基盤とした仏教性を生かしたケアであり、超越すべき宗教は宗派ということになってくる。

これは、宗教者によるケアの定義以前に、現代日本人が仏教をどう扱うのかという根本的な問題を内包しているものだといえる。宗教者が持つ宗教を留保したケアを求めるという矛盾は、複雑性の高いケアという宗教者のアイデンティティを揺るがしかねない事態になり、返って自律性のあるケアに繋がらないのではないだろうか。そして、本来の臨床宗教師の目的であった日本的看取りとは、どのようなものになるのだろうか。

#### 医療における仏教的ケアの4区分

1985年以降、繰り返し検討されて再編されてきた仏教的ケアを現在4つに分類し整理する。いずれも、ホスピス創始者であるシシリイソンダース<sup>(6)</sup>が開設したクリストファーホスピスの世界的理念を継承し、患者の信仰を尊重する、信仰を押し付けない、布教しない、宗教的言説を自ら使用しないという点では共通し、医療のもつ心理主義志向を踏襲した手法を用い患者に対応している。

## 仏教におけるケア区分

I 宗旨共有型 あそかビハラー病院	II 宗旨持ち寄り型 長岡西病院ビハラー病棟 福岡聖恵病院ビハラー病棟 <sup>(7)</sup>
III 宗旨超越型 一般病院で活動する「臨床宗教師」	IV 宗旨内在活動型 一般病棟でボランティア活動する宗教者

I 型は、本願寺派教団によるところの教団僧侶が担っている点である。経営母体である教団と信仰を同じくしており、宗教者自身のアイデンティティは担保される。また同僚の仏教者とは、信仰に基づく共通言語がある。

II 型とは、宗旨持ち寄り型であり、個人の活動である。必然的に、宗教を超えた連携が必要となってくる。これは、多様な患者の信仰によりスムーズに対応できるという点がある。II 型では、I 型同様、自身の宗教性は担保にしながらケアを行えるが、経営母体とは信仰の価値の共有は難しく、かつ多様な宗教者との関わりの中では、死に関し共通の言語によるケアを見出せない。よって宗派を超越した普遍化したケアとして患者に提供を行うこととなる。

III 型では、II 型同様に宗派の教団という共同体を超えた個人の活動であり、宗教者自身がより宗教を私事化させた活動といえる。宗派により醸成された宗教性は担保というより留保した状態に近い。養成における教育体系を終了していることが前提となっているため、宗教における共通の理解・言語を持つことができる。しかし、宗教者が基盤にある宗派僧侶という立場と、宗旨超越型の臨床宗教師という立場の狭間において、仏教者は、より複雑性の高い高度なケアを提供しているといえる。

IV 型は、仏教者が人を直接対象とした宗教的なケア（傾聴ボランティア）を行うことに限らず、病院における季節行事の開催や手伝い、院内環境保全のための花壇や花の手入れ等を行う間接的なケアが中心となる場合を示す。I～III 型にも当然言えることでもあるが、特にこの場合、仏教者が宗教的言説を自己の内面にて応用し、宗教の場の転換として考えられている点がある。

I 型～III 型では職業宗教者であるが、IV 型では多くはこの関りはボランティアという点にある。

I 型～IV 型において、共通することは、ケアの現場において、宗教者が特定の宗教に所属しながら、人が持つ固有の事柄としてのスピリチュアリティを尊ぶことは、自身を醸成した宗教（宗派）によって確立されている倫理や道徳によって支えられていることである。普遍化した宗教的ケアは、宗教としての共同体を持たないかわりに、教育・育成は世俗化されたところに委ねることとなる。4 分類で共通することは、医療の臨床で宗教者が、自身の宗教性をケアの場で間接的にどのように応用するのかが個人の資質となってくるといえるということが挙げられる。

#### 4 医療者と宗教者レジームへの提言

3章までの議論を踏まえ、本章では、死の専門職が空位である医療の臨床における宗教者の活用方法と医療者との共同参画の在り方について検討を行う。協働が最も必要とされる看護師から宗教者への期待として、あそかびハーラ病院看護師の聞き取り<sup>(8)</sup>に焦点をあて、僧侶の医療の場での自立性すなわち専門職性を考察する。

##### ‘僧侶だからこそ’と語る医療者

- A) 「死についての話題に困ってストレスに感じていた」
- B) 「死ぬことに対する独自の言葉があるでしょ？」
- C) 「葬式の手順は？」「お墓はどうすれば」「お寺へお願いできる」「葬儀に必要なものは」って質問が僧侶には、多いわね。
- D) 「〇〇さん（僧侶）、いつくるの？」って患者に聞かれるのよ。

AとBの看護師に限らず、多くの看護師で共通していることに、宗教は‘良き死’や‘模範的な生’を語る構想があると思われることが挙げられる。しかし宗教者がプラットホームでもある宗教的言説を用いずケアを行うことが現在の宗教的ケアの主流であるならば、宗教を資源とした「死（死にゆく人）」の専門家、といえるかどうかという課題がある。

Cの看護師の発言も、多くの看護師が、患者から受ける質問である。現代は、寺や宗教と無縁の生活をしていることも多く、終活のような質問であり、ケアというよりは、人生終いの相談ともとれる。

D看護師の発言も、多くの看護師が受けるものである。これは再現性ではなく、個別性優位であるといえ、宗教者だから、僧侶だから、ということではないといえる。

考察すると、2章で述べたように、医療の臨床で仏教者を求めているのは、主には医療者からであり、臨床の疲弊からというものである。宗教者が普遍的な回答が模範とされる中で、看護師の期待とは大きな齟齬が生じているといえる。また臨床宗教師のように再現性を体系化しても、臨床の宗教者に関しては、個別性優位である現状が大きいといえる。また、仏教者ならではの、葬送儀礼についての質問が多く、ケアの自律性としては言い難いところである。

- 【医師】 ・意識せずにライフレビューを語る例  
・感情を取り戻した例

- 【看護師】 ・死についての話題をおねがいでできる  
・患者や家族を大事にしてくれる  
・‘重要な個人情報’を教えてくれたことも。

他に上記のように、臨床の場での細かな例を挙げ、それらすべて「僧侶だからこそ」という主語をつけた。これらも他の職種と区別し、自律性として定義するにはやや難しいと感じたところ



である。

これらにおいては、僧侶は「問いの起こりを聴く」「生きてきたストーリーの中で生きる意味をともに模索する」「判断をしない」「空間、時間、仲間としての共有」「宗教的言説を求められればする」というような応対をしていると返答があった。これは、診断的態度ではなく、患者の心理・文化・社会面の尊重をして傾聴、プレゼンスとしての寄り添い等の多くの宗教的ケア担い手の手法であり、ロジャースが提唱したクライエント・センター・アプローチ<sup>(9)</sup>の視点、心理学やパストラルケア（神学）を応用しているものである。本来、宗教によるケアは、信仰的立場から、所属する宗教が持つ回答を伝え導くことがケアの本質であり（実際は布教として捉えられ難しいが）、宗教的言説を用いない心理学的態度であるスピリチュアルケアと、宗教的言説を用いない臨床宗教師等のケアは宗教的ケアといえるのか、その自律性を定義するにも大変難しい高度なケアを行っているのだといえる。

宗教者の医療における位置づけについても協働参画においては重要な側面である。医療は医師を頂点としたヒエラルキーの元、秩序を保持しているため、宗教者を医療のヒエラルキー<sup>(10)</sup>のどこに位置づけるかということにも職域同様、再現性の保持に不可欠な問題である。看護師では臨床の患者の状態報告は、緊急の場合以外は、部署対応で行うことが多い。あそかビハーラでは、ビハーラ室という部署がある。僧侶を配置する M 病院や N 病院の僧侶においては主治医の元に勤務していると思っている、主治医とともに対応する場合もあるとのことだった。しかし、患者が「死にたいな」といったケースを想定する。看護部がその発言を承知していなかった場合、その晩、夜勤時に病棟から飛び降りたとなると、看護師らは、情報提供してくれていたら未然に防げた、ということにもなる。看護師はそういった情報は部署内で申し送りとして引き継いでいく。ヒエラルキーと所属は、医療の秩序を保持するうえで、重要であるから、協働参画において、宗教者は誰に報告をし、どこに所属するのかということを資格以上に再現性を明確にすべき課題だといえる。

### 宗教者が‘そのまま’で医療へ協働参画するための提案

その他に、参画のありかたとしては、厚労省の資格集団である医療職と協働していくには、たしかに資格化することが望ましいが、臨床心理士のように、省庁の壁というポリティクスな大きなハードルがある。また、‘死ぬのが怖い’というような問いに心理診断が必要かというのは臨床を経験してきた筆者からいえることは、心の状態に診断はいらないのではないかと思うところである。宗教者が宗教性を排除されずに医療から尊重された形式で参画するには、宗教者ボランティア参画加算や宗教者配置加算というように、宗教者を病院に配置すれば、加算措置（手当）という方法が現実的である。しかしながら、加算導入には、中医協<sup>(11)</sup>等で議論の遡上に乗ることが不可欠であり、そこには、多くの宗教者の実績報告や医療者側からの働きかけを要することになる。

次に、宗教的ケアが世論において活発な議論を得るためには、宗教的ケアを宗教者に限定すべきかどうか、これまでの検討に加えて考察していきたい。

## 5 信徒における宗教的ケア動機の源泉と解釈－台湾・慈濟宗と本願寺派の比較から

### 仏教教団・NGO 団体としての慈濟会

慈濟宗は、台湾における仏教教団であり、NGO 団体（慈濟基金会<sup>(12)</sup>）の側面も持つ。1966年に、証嚴法師と数人の在家女性奉仕者が活動を始めたところに由来している。現在、世界には、推定400万人の信者（会員）がおり、教団内においては、個人の宗教の多元性を認める。つまり、イエの宗教を持ちながら、私事化した仏教としての慈濟宗への参加を積極的に認めているのである。信者（会員）らは教団の活動は主軸としながらも、グローバルに活動する華僑等の個人人間ネットワークを生かし柔軟に展開している。日本には、東京支部1つ、大阪に連絡所1つ<sup>(13)</sup>存在する。各国の支部は、国際災害援助等を積極的に行う際の拠点にもなっている。

現在では信仰体系が整備されているが、信徒には広く証嚴法師による言葉をまとめた『静思語』が活用され、日本語翻訳版も存在する。活動方針は、宗風精神とされる4大志業8大法印に基づくもので、4大志業とされるものに①慈善（奉仕）②医療③教育④人文がある。活動は8大法印とされる8領域で上記4領域に加えて⑤災害国際援助⑥骨髄バンク⑦環境保全活動⑧社会（地域ボランティア）から構成される。

特に台湾では、国内の災害においては、国家よりも先駆けて活動を行うことが多い。これら実績は国内を始め、世界各国で高く評価されているが、その要因は、機敏性と柔軟性以外に、活動が政治的コンフリクトから中立であり影響を受けないことや、慈濟会の布教を行わないために現地での摩擦がないこと、そして他の宗教に対する寛容性が挙げられる。実際、慈濟会では、提供する病院にはキリスト教礼拝堂<sup>(14)</sup>も設置している。

### 倫理的行動規範と会員数の展開

慈濟会は、その発足から40年足らずの間に、国内外において順調に賛同する会員を増加してきた。会員の増加は活発な活動に繋がり、活動量の範囲の拡大や増加は、活動の専門性や事務局や委員などの配置が必要となり組織化されてくるようになる。組織化された集団は、縦のラインが強固となり組織が硬直化しやすい。しかし、慈濟会においては、先に述べたように、国内外の災害や事故における危機的状況に、会員相互のネットワークを生かして迅速に行動を起こし、かつ継続的に支援が必要な場合においても長期に渡って現地での援助活動を行っている。慈濟宗においては、これら活動が評価され支持されている要因の一つであるといえる。またこのことは、信者の規範的行動が、教団全体への評価へと繋がり、布教を意識しなくとも、人々が自発的に慈濟宗の入り口に立つことにもなる。実際、慈濟宗大阪連絡所の委員の一人は「私の娘が病で大変

な時に支援してもらったので」という理由から慈済宗の規範的な活動に信頼を寄せ活動を共にするようになった。このように、活動に賛同した会員の中には、援助を受けたものが援助活動に参加するというような互酬性と愛他性はチャリティをする上で欠かせない動機の一つであり、共有できる組織としての慈済宗は、会員のボランティアに支えられている側面もある。ボランティアやチャリティは、個人の道徳的観念を超えて、地球や人類の益となる行為であり、それは一定の地域に留まらず世界的文脈で理解していくという慈済宗の理念に通じるものであると理解できる。

慈済宗については、現在信者（会員）数は非公開であるが、支部・連絡所の一覧では、世界のあらゆる地域に展開しており、その支部組織の多くはアメリカや東南アジアなどに集中している。このことは、「華僑」という存在が一役を果たしていることが推察される。すでに地域社会で公認される、ディアスポラ（diaspora）<sup>(15)</sup>が、その出資と人脈によって、超国家的な理念を持った会の慈善活動が繋がり、現地で評価されることで、会はその地域社会から公認される。すなわち、慈済宗は、民族的な社会を超え、トランスナショナルな同胞ネットワークの活用することが活発な活動に繋がっているといえる。東南アジアと同じく距離が近い日本において慈済宗の活動が広く認識されていないのは、日本国内において華僑による経済的影響が、そう大きくなく、コミュニティについても小規模であること、そして宗教団体という側面が、チャリティという側面を受け入れがたくしていることが挙げられる。それを表すかのように、日本における支部は一つである。日本における慈済会の会員たちは、日本の病院でチャリティ活動することを希望しているもののなかなか受け入れ先がないのも現状である<sup>(16)</sup>。

### 慈済宗の慈善活動にみる宗教と道徳の一考察

花蓮慈済会病院でチャリティをする女性や大阪連絡所の方に聞き取りをしたところ、彼らの慈善活動の動機は、「自分が災害の時に助けてもらったから」という共助や、いわゆる「良心によるものが大きい」という動機が多かった。このことは、慈済宗の災害援助等、慈善活動に賛同する個人の動機は、宗教活動の一環としての慈善が、道徳的活動としての慈善として変換されているといえる。そのような人々にとっては、構成員としての「会員」であり信者であることは無自覚であることもあるだろう。「会員」の活動の源泉は、あくまでも、内面化された道徳的なものであり、慈済宗はその個人的動機の受け皿になる。すなわち、会員にとっての会は、道徳的昇華の手段として捉えられている側面もある。よって、宗教性の違う個人の参加については、各々が持つ宗教性や道徳性が慈済会で普遍化され、愛の価値へと変換し活動が行われているといえる。そして、その活動は構成員から絶対化された価値があるものと見なされているのである。

活動の動機が、宗教的な信仰に基づくものは、もちろん単なる道徳的観念であっても、組織化され連帯性のある共同体として内包された慈善活動は「宗教団体」として十分に認識できる。よって、国内外でのあらゆる危機的状況において、あえて宗教が果たす役割や、そのような状況に

宗教的視点で問いかけるといったような宗教の価値について社会に投げかけてもらいたいと考えるところである。そして、公共の益に関与するその他法人格（財団法人、社会福祉法人、公益法人）が行うボランティアと比較して、宗教団体として、あえて行う慈善活動の意義について強調することを期待したい。

慈済会の会員による慈善活動の源泉は内面化された道徳心や道徳意識といったモラルセンスに寄って立つものであるのではないかと本項では述べてきた。ここで、会員の動機となっている道徳心と教団における活動についても言及したい。

道徳と宗教の関係については、哲学の分野では、先行文献としてベルクソンやカントが代表的である。現代においても、しばしばその関係性に焦点があてられ議論されているが現代日本では、道徳と宗教は類似性があるとしながらも分離して考えられている。例えば、宗教性を活用とした道徳を論じるときには「宗教的道徳」と表現し、宗教と道徳は画定されるものであるという前提があるからこそ、宗教「的」道徳と表現されているのではないだろうか。しかし、多くの宗教が宗旨に正邪など個人的行動の規範を決定する価値に踏み込んで、道徳的規範を教示していることから、決して画定もしくは分離して考えられるものでもないといえる。

そもそも、道徳という用語の持つ意味は、「人のふみ行う道」と説明され、言い換えれば、「人が行う正しい道」であり倫理感を指す。これは、歴史を通じて宗教や社会性と大きく関係する。社会的秩序の維持において、人類が宗教を創造し活用したのであるから、道徳は宗教によって支持されてきたものであるといえる。しかし、道徳は社会構成員の公共性としてのルール、マナーを含み持つものになってからは、俗としての社会性が優位に立ち、宗教と分離して考えられるようになっていったといえる。ベルクソンは、『道徳と宗教の二源泉』の中で、公民道徳には「社会的要求が存在」と述べている。そして、道徳と宗教の関係性において、宗教によって支持されている社会を静的、普遍的で開かれた社会の道徳を動的宗教であるとする。現在、道徳はベルクソンが述べたように、人類に対する愛として規範化され、宗教の枠で判断されない高次なものとして扱われている。慈済会の活動は、ベルクソンが示した第二の源泉社会で示される高次な道徳的活動であり、会員の宗教的アイデンティティは、その活動の中心である人類に対する「大愛」である。よって彼らの活動は、ベルクソンや今日、議論される道徳と宗教は画定されて論じられるものでないということを教唆しているといえる。

日本の伝統仏教における宗教的道徳は、ベルクソンのいう、宗派という小集団において発揮される静的宗教である。またその道徳的行為も寺との主従関係において社会で展開されている。しかし、慈済会における活動は動的宗教であるからこそ、会員を活用したダイナミックな活動に繋がるのである。このことが台湾における仏教的ケアの活発さを示すところではないかと考える。

### 慈済宗の愛他的行動としての宗教的ケア

慈済宗は、1986年にまず、証嚴法師の呼びかけによって、花蓮・仏教慈済総合医院を医療の恩恵が薄い東部地区に開設している。病院建設の特徴としては、この事業に賛同した人々の寄付金によって建設されたという点である。病院建設には多額の寄付金を要するために、建設が停滞したりする危機もあった（金子 2005）が、大口寄付に寄らず、あくまでも会員や信徒らの寄せる小口寄付金によって、この「大愛」事業を導いていったとある。このことが、信徒らにとって拠り所となる病院となり、実際の運営が開始されたときには、多くの信徒がチャリティとして従事する病院へと展開していったのであろう。花蓮で病院チャリティに従事する一人の60代の女性志工（ボランティア）は「病院に寄付をして病院を支え、ボランティアをして病院を守る」と話していた。その背景には『静思語<sup>(17)</sup>』にあり「人にサービスをして自分に福を招く」という考えかたである。証嚴法師はボランティアという奉仕が修行であり人格を完成させていくということになるとし、他者への奉仕こそが仏教者であり、専門性をあげていくことになるとしている。

他に静思語では、「慈悲為懷、濟世救人」、慈悲を抱き、世を助け人を救う、そして奉仕によって福田と為す、奉仕できる人は福がある<sup>(18)</sup>、ということが教えとして説かれている。当初の個人的な援助動機に、教団として宗教性を与え宗教的活動であることの意味付けを行っているのである。これら援助行動は、互助としての愛他行動 *altruistic behavior* であるといえる。

愛他的行動は、他者に対する寛容、同情、援助、再分配や寄付、社会的な不公平の是正などの形で表現される。慈済宗では、災害時の互助行動がよく反映しているところである。

台湾は、ボランティアの土壌があり盛んであるという点、そして、慈済宗が浄土教系という仏教教団を前提としながら、キリスト教等も参照している点が、信徒の愛他的行動として宗教的ケアに繋がっているとみられる。

### 真宗本願寺派教団：あそかビハーラ病院

伝統仏教による本願寺派教団は、他宗派よりも先駆けて1986年よりビハーラ活動計画<sup>(19)</sup>を行い、1987年ビハーラ活動者養成研修会（寺族・門信徒も対象）を開始している。門信徒等も研修を修了しているにもかかわらず、本願寺派は、もとより日本では信徒の「組織的」な宗教的ケアは現在までにもみられていない。

2008年には教団は、仏教教団としては、日本では初の試みである「あそかビハーラクリニック」（2014年あそかビハーラ病院）を開設している。教団としては、宗教的なシンボルとして、仏堂（ビハーラホール）と、開設当初から仏教者の常駐を行っているが、門信徒はここでも組織的に活用していない。

門信徒の受け入れが活発ではないとしても、本願寺派教団には、門信徒のビハーラ研修等の修了者も多く存在する。彼らにおいて、台湾・慈済宗のように活発な援助に繋がらないのは、受け

皿となる病院が多くないということの他に、本願寺派の門信徒の心性が慈済宗の信徒の心性とは違っているために、援助行動に繋がらないのではないだろうか。真宗本願寺派教団の正信偈に収録されている総回向偈<sup>(20)</sup>には

願以此功德・平等施一切・同發菩提心・往生安樂国<sup>(21)</sup>

と、あり阿弥陀様が主語で、阿弥陀様の本願<sup>(22)</sup>によって、この私がさせていただいているという考え方がある。援助行動にしても「この私」という主語が動機ではなく、主語はあくまでも阿弥陀様である。この心性こそが行動の源泉であるといえる。利他は単に利他としてではなく、仏教では利他「行」とする。先ほど述べたように、浄土教系では「この私」の行動は、他力本願として行うのであり、福田という現世による自己肯定感よりも、日本的な寺院帰属型のエートスと、浄土での正定（往生が定まる身）への願いから自己犠牲が全面にでない。そのために、臨終の善し悪しも問わないのである。このような心性においては、愛他行動ではない利他行動は、宗教の貢献という公共的使用や、援助や救済の方法論になかなか結びつかないのだといえる。

#### 真宗本願寺派の信徒における援助行動について

心理学を中心とした学問領域では、利他と愛他が同意語であり、同じ意味であると研究解釈される。しかし、本願寺派における利他行動は願いを行すものであり、愛他的行動を示す (altruistic) behavior 【ふるまい・行為・行動】ではない。あえて利他行を表現するなら、religious austerities 【修行】と表現し、愛他行動とは区別して考えるべきであると考ええる。動機の源泉にある教義の解釈が違うことを考慮しないと、台湾のように、なぜ伝統仏教、すなわち真宗は活発にできないのかという表面的な議論になってしまいがちになる。

日本における信徒によるケアの活用を想定するならば、伝統仏教が持つ共通のヒエラルキーを考慮して、宗教者と相補的關係でありながら提供するという理論的基盤の構築が不可欠である。

日本において、宗教的ケアが宗教者の限定となっており、定着しているのは、宗教的ケア論が活発であったキリスト教に倣い牧会的ケアとして、聖職者が信徒の霊的ケアを対象にしていたことが、ケアの概念としてそのまま採用され宗教者限定となったことや、神の代理人としての宗教者（チャプレン）が祈りや慰めを与える宗教的ケアの「シンボルとしての宗教者」ということが反映されていることが挙げられる。

日本における信徒の活用では、道徳的なものの考え方捉え方、そして教義解釈による心性も背景に大いにあるということを付して、その活用方法には期待をし、現代の死生観に寄り添えるような活発な宗教的ケア論に繋げたい。

#### 終わりに

近年、仏教者は、死に関する葬送儀礼や死後の追善供養というように、浄土への橋渡しを担っ

てきた。現代人は、今や、橋渡しが必要としない葬儀のプロデュースや埋葬に関して意思表示をするという表象に見られるように、死者となっている我までも生の延長上に考えている。これまで画一的に考えられてきた‘浄土に往く’という死者の入り口は、政策や商業主義等によって影響された死生観によって曖昧にされ、死後の事柄は、生への延長領域として多くの現代人は支配している。

死を肥大化させる医療行為が生を延長させ、死に関する事柄さえも、生へと含まれる現代において、仏教者は死の一点や死後のことではない生から死への移行期に何ができるのか。現代人のもつ死生への価値観にも迎合しつつ論していくためにも、教義を現代人の死生観に寄り添えるような再解釈を行うことは、仏教（者）の実践上必要となってくる。その現代人の死生観に最も寄り添える資源としての一般信徒によるケア活用は有用であるし、その理論的基盤の構築が必要であるといえる。その予備議論として、本稿では信徒の心性の解釈を提示できたのではないかと考えている。

宗教者の資格化の動向については、医療界における資格は、アセスメントと評価を要するものであり、宗教者を資格化することは、忙しい医療職の再生産になる危惧もある。医療との共同管理のあり方としての資格化と医療の中での位置づけについては、本稿で述べたように慎重な議論が必要となってくる。資格化を前提とするならば、名称独占に留まらない専門職性としての自律性は明確にすべきところである。そのためにも、医療界から宗教者への期待と、宗教者を取り巻く動向については大いに点検すべきものである。

また、ケアと宗教のあいだの相補性と選択を再点検し、宗教者は自らのケアをどのように解釈していくのかという課題があることも本稿では示唆できたと思っている。

本論文は佛教大学総合研究所内「現代社会における宗教の力」プロジェクトにおける3年に渡った研究会の参加によって導かれた筆者の研究課題について述べたところである。各章が1つの研究テーマとなるべきものであり、今後各章ごと更に丁寧に検討していく予定である。

## 註

- (1) 仏教による僧侶の活動。サンスクリット語で休息、寺院の意味。
- (2) 1986年より3期8年。田宮仁も共同研究者。ビハール僧養成への提言に言及。
- (3) 2005年まで。9名の学生でスタートしている。修了者数約50名。
- (4) スピリチュアルな問題は早期に発見され、的確なアセスメントと対処を行うこととしている。
- (5) 『広い宗教性に基づきつつ超宗派・超宗教的な立場からの人々の「心のケア」を実践する宗教者、即ち「臨床宗教師」を養成するための教育システム』『日本人の宗教性にふさわしい日本型チャプレン』岡部健
- (6) 1918～2005。イギリス。死の環境改善を行った緩和医療の先駆者。
- (7) 平成29年5月開設予定。理事長、浄土宗僧侶で精神科医師。
- (8) 筆者が平成25年から26年にかけて看護師全数に半構造化インタビュー調査より抜粋
- (9) 来談者中心療法。臨床心理学分野。
- (10) 医療機関においての行為は、医師の指示という絶対的権威により看護師らは行動規制がある。
- (11) 厚生労働省、中央社会保険医療協議会の略。診療報酬等の改正などを諮問する機関。

- (12) 本部, 台湾東部都市 花蓮県。台湾国内に6つの系列病院, 本部のある花蓮病院には1日100人程度の志工(ボランティア)が傾聴, 念仏, 看護補助等を病室で行っている。
- (13) 「慈濟月間」による。
- (14) 花蓮では原住民アミ族等の割合が多く, 彼らの主な信仰であるキリスト教に配慮している。
- (15) 故郷を遠く離れた同胞移住者, ここでは華僑。
- (16) 大阪連絡所では受け入れがないというが, 東京では, 北区の医療機関等でボランティアができています。
- (17) 証厳法師の言葉をまとめたもので, 信徒にとっては教本になる。日本語訳もある。
- (18) 静思語 P 181, 185
- (19) 1986年～2008年, 3期計画。教区単位での奨励と見直しによって病院開設等を行った。
- (20) 功德を自分だけのものとするのではなく, 多くの人に回向して(回し向けて), 共に極楽往生を目指す, という偈文。
- (21) 善導の「観無量寿経疏」が出典。
- (22) 利「他」と阿弥陀様の本願「力」による他力

#### 参考文献

- アイファ・オング, 2013, 『〈アジア〉, 例外としての新自由主義』作品社
- 伊田広行, 2004, 「スピリチュアルケアをめぐる議論を見渡す」『大阪経大論集』第54(5)
- 伊藤高章, 2005, 「医療・宗教・スピリチュアルケア」『心の臨床』第24巻
- 稲場圭信・櫻井義秀『社会貢献する宗教』世界思想社
- 葛西賢太・坂井正斉, 2013, 『ケアとしての宗教』明石書店
- 金子昭, 2005, 『驚異の仏教ボランティア』白馬社
- 窪塚俊之, 2008, 『スピリチュアルケア学概論』三輪書店
- 玄東和・張賢徳, 2005, 「スピリチュアリティと精神療法」『心の臨床』第24巻
- 櫻井義秀・外川昌彦・矢野秀武, 2015『アジア社会参加仏教』北海道大学出版会
- 島蘭進, 2012, 『現代宗教とスピリチュアリティ』弘文堂
- 谷山洋三, 2010, 『ケア従事者のための死生学』清水哲郎・島蘭進編 ヌーヴェルヒロカワ, 「スピリチュアルケアと宗教的ケアの相違」
- 田宮仁, 2007, 『「ビハーラ」の提唱と展開』学文社
- 日高悠登, 2016, 『狭間のケア提供者: チャプレンとビハーラ僧の存在に着目して』宗教と社会貢献6(1)
- 福永憲子, 2015, 『最期にビハーラは何ができるか』自照社出版
- 村田久行, 2003, 「終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア: アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築」『緩和医療学』5(2)
- 森田敬史, 2010, 「ビハーラ僧の実際」『人間福祉学研究』第3巻1号
- 盛山和夫・上野千鶴子・武川正吾, 2012, 『公共社会学1』東京大学出版会

(ふくなが のりこ 共同研究嘱託研究員／大阪府立大学大学院博士後期課程)